

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

柳津町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号																	
	医療 保険	保険者名	保険者番号																	
		被保険者 記号・番号	記号	番号					枝番											
	フリガナ		生年月日					明・大・昭	年	月	日									
	氏 名		性 別					男 ・ 女												
	住 所		〒 電話番号																	
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場 合のみ 記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2											
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																	
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日
			介護保険施設等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日	
		医療機関等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日	

提出 代 行者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名									
	所 在 地	〒 電話番号									

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、柳津町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

連絡事項記入欄

表側の申請書に記入されている内容以外で、必要な内容がある場合は、記入してください。

■訪問調査について

調査日程等の 連絡先	フリガナ	本人との関係
	氏名	
	電話番号（日中連絡がつくものでお願いします）	
	自宅・勤務先・携帯電話・その他（ ）	
	立会いについて	
	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
調査の場所	※保険証に記載されている住所と異なる場合に記入してください。入院の場合は病院名・病棟・病室。 入所の場合は施設名。	
備考		

■認定結果の送付先（現住所と異なる場合）

〒
電話番号

■その他、特に連絡をしておいたほうがよいと思われること

--